

CH

## Traumatología

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                          |                | TIPOLOGIA  | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                                                          | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                | 2.         | 1303542065                                                                                                                                                                | 1303542065        |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO       | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                                          | EDAD              |
| Velez                                                       | Rendoza          | Narvosa                  | Del Cansado    | F.         | 23/10/61                                                                                                                                                                  | 63                |
| NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                 |                  |                          | REFERENCIA     | DERIVACIÓN | MOTIVO                                                                                                                                                                    |                   |
| 0987789045                                                  |                  |                          | X              |            | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |                   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | PRIMARIA                 |                |            |                                                                                                                                                                           |                   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PRIMARIA                 |                |            |                                                                                                                                                                           |                   |
| Manabí                                                      | Flavio Narvosa   | Flavio Narvosa           |                |            |                                                                                                                                                                           |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                          |          |               |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|----------|---------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO | ESPECIALIDAD  |
| HSP                                                     | Consulta                 | Externa  | Traumatología |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Femenina de 63 años padeció caída de su propia altura hace +/- 12 días de evolución, al momento de la caída, se presentó la movilización y por ende el resaca. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Rx Trauma en stotatarso izquierdo.                                |  |

| E. DIAGNÓSTICO          |      |
|-------------------------|------|
| 1. Trauma de stotatarso | 5473 |
| 2.                      |      |
| 3.                      |      |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |       |                  |                 |
|---------------------------------------|-------|------------------|-----------------|
| FECHA                                 | HORA  | PRIMER NOMBRE    | PRIMER APELLIDO |
| 03/09/2025                            | 14:00 | Andrea           | Laz             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |       | SEGUNDO APELLIDO |                 |
| 1312713751                            |       | Solórzano        |                 |
|                                       |       | Bello            |                 |
|                                       |       | Dra. Andrea Laz  |                 |
|                                       |       | MÉDICO CIRUJANO  |                 |
|                                       |       | C.C. 12713751    |                 |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |    |    |                        |
|---------------------------------------------|----|----|------------------------|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |
|                                             |    |    | SI                     |

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA |
|                                                                                |           |                          |           |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          |                    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |  |
|----------------|--|
| 1.             |  |
| 2.             |  |
| 3.             |  |

| G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                         |  |

| H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE |      |
|--------------------------------------|------|
| FECHA                                | HORA |
|                                      |      |

| I. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| PRIMER NOMBRE                        | PRIMER APELLIDO |
|                                      |                 |

| J. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO                      | SEGUNDO APELLIDO |
|                                      |                  |